

prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Cette rémunération est mise en regard de l'indice-pivot 138,01 (base 1984), coefficient de liquidation : 100 p.c.

Art. 8. La présente convention collective de travail remplace la convention collective de travail du 11 septembre 1989, conclue au sein de la Sous-commission paritaire pour les établissements qui ne sont pas soumis à la loi sur les hôpitaux, concernant la garantie d'une rémunération minimum, rendue obligatoire par arrêté royal du 23 janvier 1990 (*Moniteur belge* du 6 mars 1990).

Art. 9. La présente convention collective de travail entre en vigueur le 1^{er} décembre 1990 et est conclue pour une durée indéterminée.

Elle peut être revue ou dénoncée à la demande de la partie la plus diligente, moyennant un préavis de trois mois, adressé par lettre recommandée à la poste au président de la Sous-commission paritaire pour les établissements qui ne sont pas soumis à la loi sur les hôpitaux.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 7 février 1991.

Le Ministre de l'Emploi et du Travail,
L. VAN DEN BRANDE

grenzen waarmee rekening dient gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid der arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld.

Dit loon staat tegenover het spilindexcijfer 138,01 (basis 1984), vereffeningscoëfficiënt : 100 pct.

Art. 8. Deze collectieve arbeidsovereenkomst vervangt de collectieve arbeidsovereenkomst van 11 september 1989, gesloten in het Paritair Subcomité voor de inrichtingen die niet aan de wet op de ziekenhuizen onderworpen zijn, betreffende de waarborg van een minimumloon, algemeen verbindend verklaard bij koninklijk besluit van 23 januari 1990 (*Belgisch Staatsblad* van 6 maart 1990).

Art. 9. Deze collectieve arbeidsovereenkomst treedt in werking op 1 december 1990 en wordt gesloten voor een onbepaalde tijd.

Zij kan worden herzien of opgezegd op vraag van de meest gerede partij, mits een opzeggingstermijn van drie maanden, bij een ter post aangetekende brief gericht aan de voorzitter van het Paritair Subcomité voor de inrichtingen die niet aan de wet op de ziekenhuizen onderworpen zijn.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 7 februari 1991.

De Minister van Tewerkstelling en Arbeid,
L. VAN DEN BRANDE

EXÉCUTIFS — EXECUTIEVEN

VLAAMSE GEMEENSCHAP — COMMUNAUTE FLAMANDE

MINISTERIE VAN DE VLAAMSE GEMEENSCHAP

N. 91 — 726

21 DECEMBER 1990. — Besluit van de Vlaamse Executieve houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging

De Vlaamse Executieve,

Gelet op de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, inzonderheid op artikel 5, § 1, l;

Gelet op het akkoord van de Gemeenschapsminister van Financiën en Begroting, gegeven op 4 december 1990;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wet van 4 juli 1989;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat door de toenemende vraag naar thuisverzorging de coördinatie en ondersteuning ervan ten spoedigste moet aangepast worden;

Op de voordracht van de Gemeenschapsminister van Welzijn en Gezin en de Gemeenschapsminister van Volksgezondheid en Brusselse Aangelegenheden;

Na beraadslaging,

Besluit :

HOOFDSTUK I. — *Tears voor thuisverpleging*

Artikel 1. § 1. Elk team van verpleegkundigen waartussen een structureel verband bestaat en dat samengesteld is uit ten minste vijf voltijdse verpleegkundigen of hun equivalent, kan als team voor thuisverpleging erkend worden.

Voor het bestaan van een structureel verband wordt ten minste vereist dat een schriftelijke overeenkomst afgesloten werd met het oog op de werking van het team.

De verpleegkundigen die lid zijn van het team kunnen hun activiteiten zowel in dienstverband als met een zelfstandig statuut uitoefenen. Zij moeten hun verzorgingsactiviteiten in de thuissituatie uitoefenen.

§ 2. De in § 1, tweede lid vermelde schriftelijke overeenkomst zal ten minste de hiernavolgende gegevens bevatten :

- 1° de permanentieregeling van de verpleegkundigen (7 × 24 uur);
- 2° het opstellen en bewaren van een patiëntendossier met inachtnaam van de eerbied voor en waarborgen van de privacy van de patiënten;
- 3° het verplicht gebruik van steriel materiaal;
- 4° het verplicht beschikken over het nodige materiaal dat voor de verzorging aan huis aangewezen is.

§ 3. Voor elke patiënt wordt een patiëntendossier opgesteld. Dit patiëntendossier moet tenminste volgende informatie bevatten :

- 1° identificatiegegevens van de patiënt zijnde naam, adres, telefoonnummer, geboortedatum, geslacht, mutualiteit;
- 2° datum waarop het dossier wordt opgesteld met vermelding of de patiënt reeds eerder een beroep deed op thuisverpleging;

3° naam van de verpleegkundige;

4° een beschrijving van de zorg- en hulpbehoefte van de patiënt zoals bepaald in bijlage bij dit besluit;

5° probleemlijst in verband met geneeskundige en verpleegkundige zorgen.

Het patiëntendossier wordt door de verpleegkundige bewaard of door de dienst waaraan de verpleegkundige verbonden is. De informatie moet uitwisselbaar zijn tussen de verpleegkundigen van het erkende team in zoverre dit noodzakelijk is voor de goede samenwerking en de permanentieregeling in het bijzonder.

De Inspectie van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Administratie Gezondheidszorg kan de patiëntendossiers opvragen in het kader van het erkenningsbeleid. De Gemeenschapsminister van Volksgezondheid kan nog verdere praktische richtlijnen geven m.b.t. de in § 2 vermelde gegevens.

Art. 2. Indien een erkend team verbonden is aan een dispensarium waar geneeskundige zorgen verleend worden, moeten afzonderlijke lokalen voor verzorging en secretariaat alsook het vereiste meubilair beschikbaar zijn.

Art. 3. § 1. De verpleegkundigen verbonden aan een erkend team dienen in het bezit te zijn van een diploma, getuigschrift of brevet dat hen toelaat verpleegkunde in België uit te oefenen.

§ 2. De verpleegkundigen verbonden aan een erkend team moeten bovendien ieder jaar een voor hun taak nuttige bijscholing volgen van minimum 8 uur.

§ 3. De verpleegkundigen verbonden aan een erkend team zullen, overeenkomstig de gebruikelijke voorschriften der beroepsplichtenleer, naast de verpleegkundige zorgverlening, ook aandacht hebben voor gezins- en sociale omstandigheden evenals voor preventie, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Art. 4. § 1. Het erkende team duidt een contractverantwoordelijke aan en deelt een correspondentieadres mee aan de Gemeenschapsminister van Volksgezondheid.

§ 2. Het erkende team zal jaarlijks vóór 31 maart een verslag voorleggen aan de Gemeenschapsminister van Volksgezondheid waarin de uitvoering van de in de artikelen 1, 2 en 3 bedoelde erkenningsvoorwaarden worden gestaafd voor het voorafgaande jaar.

De Gemeenschapsminister bevoegd voor Volksgezondheid kan hieromtrent nadere regelen bepalen.

Art. 5. § 1. Een team wordt erkend voor een periode van maximaal vier jaar. De erkenning is vernieuwbaar.

§ 2. Indien het erkend team niet meer voldoet aan één of meerdere van de voorwaarden gesteld in artikelen 1, 2, 3 en 4 kan de Gemeenschapsminister bevoegd voor volksgezondheid de in artikel 1, § 1 vermelde erkenning intrekken.

HOOFDSTUK II. — Samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging

Art. 6. Samenwerkingsinitiatieven inzake thuisverzorging kunnen erkend en gesubsidieerd worden binnen een te bepalen regio die ten minste 25 000 inwoners telt.

Art. 7. § 1. Een samenwerkingsinitiatief kan erkend worden indien er een schriftelijke overeenkomst bestaat tussen erkende teams voor thuisverpleging uit de regio en één of meerdere vertegenwoordiger van voor de regio representatieve huisartsenkringen of wachtdiensten, erkende diensten voor gezins- en bejaardenhulp en erkende centra voor maatschappelijk welzijn.

Daarenboven moeten nog ten minste drie andere voor de regio representatieve vertegenwoordigers van medische of paramedische beroepsverenigingen of van zorg- of hulpverlenende instanties de overeenkomst onderschrijven. Hiermee worden tenminste — in zoverre deze in de regio werkzaam zijn — bedoeld kinesisten, ergotherapeuten, apothekers, orthopedisten, bandagisten, pedicuren, logopedisten, vroedvrouwen, Raadplegingen voor het Jonge Kind, uitleendienst voor hulpmiddelen, dienst voor maaltijdbedeling, klusjesdienst, centra voor geestelijke gezondheidszorg. Om erkend te worden zullen de aan het samenwerkingsinitiatief verbonden teams, organisaties of personen hun hoofdactiviteit in de regio dienen uit te oefenen.

Bovendien moet een gestructureerde samenwerking met de O.C.M.W.'s uit de regio worden nagestreefd. Het samenwerkingsinitiatief nodigt, zo deze in de regio bestaan, organisaties van vrijwilligers en van thuisverzorgers uit tot samenwerking.

Het samenwerkingsinitiatief zal zo mogelijk conventies afsluiten met ziekenhuizen, rust- en verzorgings- tehuizen, rusthuizen of andere residentiële of semiresidentiële opvangvormen.

Het samenwerkingsinitiatief nodigt alle in de regio actief bij de thuisverzorging betrokken diensten of organisaties uit tot samenwerking en moet ieder die dit wenst, opnemen.

Teneinde de representativiteit van het samenwerkingsinitiatief te waarborgen, zal tenminste een tiende van de in de regio aanwezige zorg- of hulpverleners per werksort, vermeld in het eerste lid, moeten opgenomen worden.

§ 2. Het samenwerkingsinitiatief streeft zoveel mogelijk een consensus na bij het nemen van beslissingen. Er is een consensus verplicht m.b.t. de organisatie van de zorgbemiddeling. In geval van stemmingen zal rekening gehouden worden met het belang van iedere partner, op basis van het aantal binnen de regio aangesloten zorg- of hulpverleners.

§ 3. De in § 1 eerste lid vermelde schriftelijke overeenkomst zal tenminste de hierna volgende gegevens bevatten m.b.t. het samenwerkingsinitiatief :

- 1° de doelstellingen, rekening houdend met de volgens artikelen 9 en 10 te vervullen opdrachten;
- 2° de juridische vorm en de eventuele oprichting, samenstelling, taken, werking en wijze van beslissing van een raad van beheer;
- 3° de administratieve zetel;
- 4° de beschrijving van het gebied dat door het samenwerkingsinitiatief wordt betrekken, alsmede het aantal inwoners ervan;
- 5° de partners die deel uitmaken van het samenwerkingsinitiatief;
- 6° de taakverdeling en de wijze waarop de in artikel 10 bedoelde verantwoordelijken voor zorgbemiddeling en ondersteuning rond de patiënt aangeduid of aangeworven worden;
- 7° de financiële afspraken m.b.t. de besteding van de in artikel 15 bedoelde toelagen en de eventuele andere door de partners ingebrachte middelen voor de organisatie van gemeenschappelijke activiteiten;
- 8° de wijze van beslissing ingeval geen consensus kan bereikt worden;
- 9° de regeling van eventuele geschillen tussen de partners;
- 10° de duur van de overeenkomst, de opzeggings- en opnamemodaliteiten van partners.

Art. 8. Om erkend te worden moet het samenwerkingsinitiatief daarenboven volgende opdrachten vervullen :

- 1° het fungeren als overlegplatform;
- 2° het ondersteunen en coördineren van de zorg- en hulpverlening rond de patiënt.

Art. 9. Als overlegplatform moet het samenwerkingsinitiatief :

- 1° de thuisverzorging bekendmaken en actief stimuleren;
 - 2° actief informatie verspreiden i.v.m. alle voor de thuisverzorgden en thuisverzorgers nuttige informatie;
 - 3° taakafspraken maken binnen de regio tussen alle bij het samenwerkingsinitiatief betrokken leden en andere geïnteresseerde personen of organisaties die actief zijn in de thuisverzorging;
 - 4° gemeenschappelijke initiatieven of projecten opzetten ter bevordering van de kwaliteit van de thuisverzorging, ter ondersteuning van de thuisverzorgers en m.b.t. gezondheidspromotie;
 - 5° vrijwilligerswerk stimuleren en ondersteunen;
 - 6° aan vorming deelnemen of organiseren ondermeer inzake interdisciplinaire samenwerking.
- Het samenwerkingsinitiatief moet als overlegplatform ten minste driemaal per jaar vergaderen.

Art. 10. De opdracht inzake het ondersteunen en coördineren van de zorg- en hulpverlening rond de patiënt zal op de hierna volgende wijze georganiseerd worden.

1° Ter realisatie van de opdracht inzake ondersteuning en coördinatie duidt of werft elk samenwerkingsinitiatief één of meerdere verantwoordelijken voor de zorgbemiddeling en ondersteuning rond de patiënten aan, hierna zorgbemiddelaar genoemd.

Iedere partner van het samenwerkingsinitiatief die de in artikel 7 bedoelde overeenkomst ondertekend heeft, kan een verantwoordelijke voor zorgbemiddeling voorstellen aan het samenwerkingsinitiatief. De zorgbemiddelaar zal ten minste een niveau van het diploma van hoger onderwijs buiten universiteit van het korte type hebben.

De eerste taak van de zorgbemiddelaar bestaat erin de patiënt en de thuisverzorgers (gezins- familieleden) die erom vragen in te lichten omtrent de bestaande voorzieningen, hulpmiddelen en tegemoetkomingen en hen in functie van de aard der behoeften desgevallend door te verwijzen naar bevoegde diensten of disciplines. Hij zal daarbij steeds de belangen van de patiënt en de thuisverzorgers respecteren en bewaken. De zorgbemiddelaar stelt een zorgenplan op rond de voor ondersteuning en coördinatie in aanmerking komende personen, zoals bepaald in 5° van dit artikel, na een bezoek ter plaatse en in overleg met de betrokken patiënt, thuisverzorgers, professionelen en eventuele vrijwilligers.

2° Het samenwerkingsinitiatief maakt bekend op welke wijze en op welke tijdstippen de zorgbemiddelaars bereikbaar zijn. De keuzevrijheid van de patiënt wordt gerespecteerd bij de terbeschikkingstelling van een zorgbemiddelaar.

3° Het zorgenplan waarvan melding in 1°, laatste lid, bevat een goede afsprakenregeling en streeft naar een aangepaste zorg- en hulpverlening ter maximale bevordering van de zelfredzaamheid van de patiënt en het ondersteunen van de thuisverzorgers.

Het zorgenplan bevat tenminste volgende informatie :

- a) identificatie van de patiënt zijnde de naam, adres, telefoonnummer, geboortedatum, geslacht, mutualiteit;
- b) identificatie van de zorgbemiddelaar, zijnde naam, contactadres en telefoonnummer;
- c) datum waarop het zorgenplan opgesteld werd, met vermelding of het om een intake of een driemaandelijke evaluatie gaat. In dit laatste geval wordt de datum van het eerste plan vermeld;
- d) identificatie van de bij het zorgenplan betrokken zorg- en hulpverleners zijnde naam, discipline of dienst, contactadres en telefoonnummer. Aan deze lijst worden de bij thuisverzorging betrokken gezins- of familieleden en eventuele vrijwilligers toegevoegd;
- e) schematische omschrijving van de opdrachten te vervullen door de verschillende zorg- en hulpverleners, gezins- of familieleden en eventuele vrijwilligers. Deze taken hebben ondermeer betrekking op hygiënische zorgen, mobiliteit, toepassen van geneeskundige voorschriften, sociale taken, toezicht, ondersteunende huishoudelijke taken met vermelding wie, welke opdracht, op welk tijdstip uitvoert;
- f) mededelingen aan zorg- en hulpverleners, gezins- of familieleden en eventuele vrijwilligers.

De zorgbemiddelaar deelt de informatie bedoeld in 3° a) tot en met d) mee aan het erkend samenwerkingsinitiatief in het kader van de erkennings- en subsidiëringsregeling m.b.t. de thuisverzorging.

De inspectie van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Administratie Gezondheidszorg, kan de zorgenplannen opvragen in het kader van de erkennings- en subsidiëringsregeling m.b.t. de thuisverzorging.

4° Het zorgenplan vereist de samenwerking tussen ten minste een huisarts, en verpleegkundige en een maatschappelijk werker. Bij het zorgenplan moeten ten minste vier personen betrokken worden waarvan één een niet professionele thuisverzorger mag zijn. Het zorgenplan wordt door de betrokkenen ondertekend en gedateerd als engagement van de hem of haar in het zorgenplan toegewezen taak. Het wordt bewaard bij de patiënt.

Het zorgenplan zal ten minste driemaandelijks door de zorgbemiddelaar geëvalueerd en bijgestuurd worden. Het wordt beëindigd op vraag van de patiënt of thuisverzorgers, of indien de betrokkene niet meer in aanmerking komt voor ondersteuning en coördinatie, overeenkomst hetgeen bepaald is in 5° van dit artikel.

Na een onderbreking van maand kan een vernieuwde vraag naar een zorgenplan in aanmerking genomen worden voor subsidiëring.

5° Alleen de ondersteuning en coördinatie van de zorg- en hulpverlening aan personen die als zwaar zorgenbehoevend gekwalificeerd worden op basis van de scoreschaal zoals beschreven in bijlage 1 bij dit besluit, komen in aanmerking voor subsidiëring zoals vermeld in artikel 15, § 4.

Als zwaar zorgenbehoevend worden de personen beschouwd die een score behalen gelijk of hoger dan zeven. Indien bij een lagere score ernstige indicaties aanwezig zijn om de ondersteuning en coördinatie van de thuisverzorging te verantwoorden, kan die persoon toch in aanmerking komen voor een subsidieerbaar zorgenplan.

De score zal vastgelegd worden door een zorgbemiddelaar van het samenwerkingsinitiatief in overleg met de bij het zorgenplan betrokken personen en eventueel in overleg met de verantwoordelijke in de instelling waar de patiënt recent ontslagen werd of zal worden.

De score zal ten minste driemaandelijks worden geëvalueerd.

De zorgbemiddelaar bewaart de fiche waarop de score voor zorg- en hulpbehoefte vermeld staat.

Art. 11. § 1. Bij de aanvraag tot erkenning van een samenwerkingsinitiatief zal aan de Gemeenschapsminister bevoegd voor volksgezondheid meegedeeld worden welke region men wil bereiken, welke partners deel zullen uitmaken van het initiatief en hoe de in artikelen 9 en 10 vermelde opdrachten zullen gerealiseerd worden. Er zal een gemotiveerde nota toegevoegd worden ingeval bepaalde organisaties, diensten of beroepsgroepen niet opgenomen worden in het samenwerkingsinitiatief.

Bij de aanvraag zal de in artikel 7 bedoelde geschreven overeenkomst gevoegd worden evenals het correspondentieadres en het bankrekeningnummer waarop de in artikel 15 vermelde subsidies kunnen overgemaakt worden.

§ 2. De erkende samenwerkingsinitiatieven leggen aan de Gemeenschapsminister bevoegd voor volksgezondheid jaarlijks, vóór 31 maart, een activiteitenverslag voor waaruit blijkt dat het het voorafgaande jaar de in de artikelen 9 en 10 opgelegde opdrachten vervuld heeft.

De bevoegde Gemeenschapsminister kan omtrent dit activiteitenverslag nadere regelen bepalen.

§ 3. Het samenwerkingsinitiatief deelt vóór 31 maart eveneens een financieel verslag mede aan de Gemeenschapsminister van Volksgezondheid. Dit verslag dient goedgekeurd te zijn door de betrokken partners in het samenwerkingsinitiatief en zal de besteding van de in artikel 15 vermelde toelagen verantwoorden.

De Gemeenschapsminister van Volksgezondheid kan omtrent dit financieel verslag nadere regelen bepalen.

§ 4. Het samenwerkingsinitiatief deelt de naam van een contactverantwoordelijke en het correspondentieadres van het samenwerkingsinitiatief mee aan de Gemeenschapsminister van Volksgezondheid.

§ 5. Het samenwerkingsinitiatief deelt onverwijld iedere wijziging aan de in artikel 7 bedoelde schriftelijke overeenkomst mee aan de Gemeenschapsminister van Volksgezondheid.

Art. 12. § 1. De erkenning van het samenwerkingsinitiatief geldt voor een periode van maximaal vier jaar en is hernieuwbaar.

Indien het samenwerkingsinitiatief niet meer voldoet aan één of meerdere van de voorwaarden gesteld in de artikelen 6, 7, 8, 9, 10 en 11 kan de Gemeenschapsminister bevoegd voor volksgezondheid de in artikel 6 vermelde erkenning te allen tijde intrekken.

HOOFDSTUK III. — Hoge Raad voor de Thuisverzorging

Art. 13. § 1. Er wordt een Hoge Raad voor de Thuisverzorging opgericht die samengesteld is uit volgende effectieve leden :

1° 6 vertegenwoordigers van representatieve organisaties en beroepsfederaties van verpleegkundigen;

2° 3 vertegenwoordigers van de huisartsen op voordracht van het Vlaams Huisartsenforum;

3° 1 vertegenwoordiger van een representatieve beroepsfederatie van apothekers;

4° 1 vertegenwoordiger van een representatieve beroepsfederatie van kinesisten;

5° 1 vertegenwoordiger van een representatieve beroepsfederatie van ergotherapeuten;

6° 1 vertegenwoordiger van een representatieve beroepsfederatie voor vroedvrouwen;

7° 6 vertegenwoordigers van representatieve organisaties van gezins- en bejaardenhulp;

8° 3 vertegenwoordigers van representatieve organisaties van maatschappelijk werkers;

9° 3 vertegenwoordigers van de organisaties van patiënten, thuisverzorgers en vrijwilligers;

10° 3 vertegenwoordigers van representatieve organisaties van intramurale instellingen;

11° 3 vertegenwoordigers van de mutualiteiten;

12° 2 vertegenwoordigers van Kind en Gezin;

13° 3 vertegenwoordigers van de Vereniging voor Belgische Steden en Gemeenten.

Voor elk effectief lid wordt een plaatsvervanger aangeduid. De Hoge Raad kan aangevuld worden met deskundigen met raadgevende stem.

De Gemeenschapsminister van Gezin en Welzijn en de Gemeenschapsminister van Volksgezondheid duiden ieder wat hen betreft, een vertegenwoordiger aan als waarnemer.

§ 2. De Voorzitter en de leden worden door de Vlaamse Executieve voor vier jaar benoemd. Het mandaat is eenmaal hernieuwbaar. Bij ontslag wordt de betrokken persoon, voor de rest van het mandaat, vervangen door zijn plaatsvervanger.

§ 3. De Hoge Raad kan hetzij op vraag van de Executieve, hetzij op eigen initiatief nota's opstellen of adviezen formuleren omtrent de bevordering van de thuisverzorging; het impact op de thuisverzorging van recente evoluties op het medisch-technisch domein, alsook van recente beleidsbeslissingen; de behoeften in de regio's; de werking van de erkende teams van verpleegkundigen en samenwerkingsinitiatieven in het algemeen; de werking van nieuwe of alternatieve initiatieven die zich richten tot een bijzondere doelgroep of een specifieke aanpak beogen waardoor thuisverzorging mogelijk blijft of bevorderd wordt.

§ 4. De Hoge Raad vergadert ten minste tweemaal per jaar. Hij stelt een reglement van inwendige orde op en legt dit ter goedkeuring voor aan de Gemeenschapsminister resp. bevoegd door Volksgezondheid en Welzijn en Gezin. De bevoegde Gemeenschapsministers wijzen de ambtenaar van het Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap aan die belast wordt met het secretariaat van de Hoge Raad.

HOOFDSTUK IV. — Subsidiëring

Art. 14. § 1. De Gemeenschapsminister bevoegd voor volksgezondheid kan jaarlijks binnen de grenzen van de begroting toelagen verlenen aan erkende samenwerkingsinitiatieven.

§ 2. De Gemeenschapsminister van Volksgezondheid zal binnen de grenzen van de begroting een programmatie opleggen m.b.t. het aantal te erkennen en te subsidiëren samenwerkingsinitiatieven alsook m.b.t. het aantal subsidieerbare zorgenplannen.

Art. 15. § 1. Er wordt aan de erkende samenwerkingsinitiatieven een basistoelage verleend van maximum 100 000 F. Er kan een voorschot uitbetaald worden. Een saldo van minimaal 10 % van de basistoelage wordt uitbetaald na voorlegging van de in artikel 11, §§ 2 en 3 vermelde bescheiden.

§ 2. Dit bedrag wordt met 25 000 F verhoogd indien het samenwerkingsinitiatief ten minste een geschreven overeenkomst heeft met twee erkende verzorgings- of verblijfsinstellingen.

§ 3. De basistoeloge wordt eveneens met 25 000 F verhoogd in zoverre het samenwerkingsinitiatief hetzij zelf, hetzij in afspraak met organisaties of verenigingen initiatieven met vrijwilligers opzet of stimuleert zoals ondermeer dag- en nachtoppas, boodschappendienst, noodoproepsysteem en andere initiatieven ter ondersteuning van de thuisverzorgers.

§ 4. Het samenwerkingsinitiatief ontvangt bovendien een toelage van 2 000 F per inzake voor het opmaken van het zorgenplan en vervolgens van 500 F per drie maand opvolging van het zorgenplan zoals beschreven in artikel 10.

HOOFDSTUK V. — Overgangsbepalingen

Art. 16. De diensten en samenwerkingsinitiatieven die op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit voldoen aan de erkennings- en subsidiëeringsvoorwaarden bepaald in het besluit van de Vlaamse Executieve van 6 juli 1988 houdende coördinatie en wijziging van het koninklijk besluit van 27 december 1950, tot aanmoediging van de gezinsactiviteit van de diensten voor thuisverzorging en het ministerieel besluit van 14 oktober 1988 worden geacht te voldoen aan de voorwaarden van dit besluit tot 1 januari 1992.

HOOFDSTUK VI. — Slotbepalingen

Art. 17. Het besluit van de Vlaamse Executieve van 6 juli 1988 houdende coördinatie en wijziging van het koninklijk besluit van 27 december 1950, tot aanmoediging van de gezinsactiviteit van de diensten voor thuisverzorging en het ministerieel besluit van 14 oktober 1988 worden opgeheven.

Art. 18. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1991.

Art. 19. De Gemeenschapsminister van Welzijn en Gezin en de Gemeenschapsminister van Volksgezondheid en Brusselse Aangelegenheden zijn, elk wat hen betreft, bevoegd voor de uitvoering van dit besluit.

Brussel, 21 december 1990.

De Voorzitter van de Vlaamse Executieve,

G. GEENS

De Gemeenschapsminister van Welzijn en Gezin,

J. LENSSENS

De Gemeenschapsminister van Volksgezondheid en Brusselse Aangelegenheden,

H. WECKX

Bijlage I

Score inzake zorgenbehoefendheid

I. Identificatie van de patiënt

Naam :

Adres :

Dossier nr. :

Formulier ingevuld op :

II. Score inzake zorgenbehoefendheid

Andere factoren die ondersteuning en coördinatie van de thuisverzorging verantwoorden :

A. fysische afhankelijkheid

a. volledig onafhankelijk

b. gedeeltelijk en met moeite

c. hulp derden

d. volledig afhankelijk

- wassen

- kleden

- verplaatsen

- toiletbezoek

- continëntie

- eten

a	b	c	d	
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 2	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 3	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 4	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 5	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 6	
<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> 7	= <input type="text"/>

B. psychische afhankelijkheid

a. geen probleem

b. occasioneel

c. voortdurend

- oriëntatie tijd

+ ruimte

- rusteloosheid

a	b	c	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	= <input type="text"/>
Subtotaal A + B			= <input type="text"/>
a 0	b 1	c 2	

C. sociale kontekst

a. met beschikb. valiede persoon
 b. met niet-val. pers. of met val. niet-b. pers.
 c. alleen

- woonsituatie O_0 O_1 O_2 =

(onder hetzelfde dak)

a. intensief, frequent, maximum
 b. partieel, regelmatig, soms
 c. alleen, minimum, sporadisch

- mantelzorg O_0 O_1 O_2 =

(niet onder hetzelfde dak)

D. komfort

a. ingerichte badkamer
 b. stromend warm water (keuken)
 c. geen stromend warm water

- sanitaire uitrusting O_0 O_1 O_2 =

Subtotaal C + D
 Globale score =

Andere factoren die ondersteuning en coördinatie van de thuisverzorging verantwoorden :

III. Handtekeningen

a) in geval van patiëntendossier :

behandelende arts

verpleegkundige

b) in geval van zorgenplan :

zorgbemiddelaar

behandelende huisarts

verpleegkundige

maatschappelijk werker

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van de Executieve houdende coördinatie en ondersteuning van de thuisverzorging.

Brussel, 21 december 1990.

De Voorzitter van de Vlaamse Executieve,

G. GEENS

De Gemeenschapsminister van Welzijn en Gezin,

J. LENSSENS

De Gemeenschapsminister van Volksgezondheid en Brusselse Aangelegenheden,

H. WECKX

TRADUCTION

MINISTERE DE LA COMMUNAUTE FLAMANDE

F. 91 — 726

21 DECEMBRE 1990. — Arrêté de l'Exécutif flamand portant coordination et soutien des soins à domicile

L'Exécutif flamand,

Vu la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, notamment l'article 5, § 1^{er}, I;

Vu l'accord du Ministre communautaire des Finances et du Budget, en date du 4 décembre 1990;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1^{er}, modifié par la loi du 4 juillet 1989;

Vu l'urgence;

Considérant que la demande croissante de soins à domicile réclame un ajustement urgent de sa coordination et de son soutien;

Sur la proposition du Ministre communautaire de l'Aide sociale et de la Famille et du Ministre communautaire de la Santé publique et des Affaires bruxelloises;

Après en avoir délibéré,

Arrête :

CHAPITRE I^{er}. — *Equipes de soins à domicile*

Article 1^{er}, § 1^{er}. Toute équipe d'infirmiers structurée et composée d'au moins cinq infirmiers, occupés à temps plein ou leur équivalent, peut être agréée comme équipe de soins à domicile.

Pour qu'on puisse parler d'une équipe structurée, il est nécessaire qu'au minimum une convention écrite soit conclue, réglant son fonctionnement.

Les infirmiers faisant partie de l'équipe peuvent exercer leurs activités soit sous le régime d'un contrat de travail soit en qualité d'indépendant. Ils doivent exercer leurs activités au domicile des patients.

§ 2. La convention écrite visée au § 1^{er}, deuxième alinéa, contiendra au moins les éléments suivants :

- 1° le régime des permanences assurées par le personnel infirmier (7 x 24 heures);
- 2° l'établissement et la garde des dossiers des patients tout en respectant et en sauvegardant la vie privée des patients;
- 3° l'utilisation obligatoire de matériel stérile;
- 4° l'obligation de disposer du matériel nécessaire à la délivrance des soins à domicile.

§ 3. Il est établi un dossier pour chaque patient. Ce dossier comprend au moins les éléments suivants :

- 1° des données d'identification du patient telles que le nom, l'adresse, le numéro de téléphone, la date de naissance, le sexe, la mutualité;
- 2° la date d'établissement du dossier en mentionnant si le patient a déjà fait appel antérieurement aux soins à domicile;
- 3° le nom de l'infirmier;
- 4° une description des besoins en soins et en aide du patient tels que définis en annexe au présent arrêté;
- 5° une liste énumérant les problèmes rencontrés lors de la délivrance des soins médicaux et infirmiers.

Le dossier est conservé par l'infirmier ou par le service auquel l'infirmier est attaché. Cette information sera échangeable entre les infirmiers de l'équipe agréée dans la mesure où ceci est nécessaire pour le bon fonctionnement de l'équipe et pour le régime des permanences en particulier.

L'Inspection du Ministère de la Communauté flamande, Administration de la Santé, peut réclamer les dossiers dans le cadre de la politique d'agrément. Le Ministre communautaire de la Santé publique peut donner des directives pratiques complémentaires au sujet des éléments visés au § 2.

Art. 2. Lorsqu'une équipe agréée est liée à un dispensaire délivrant des soins médicaux, elle doit pouvoir disposer de locaux distincts pour l'administration des soins et pour le secrétariat ainsi que du mobilier approprié.

Art. 3. § 1^{er}. Le personnel infirmier faisant partie d'une équipe agréée doit être titulaire d'un diplôme, certificat ou brevet qui l'autorise à exercer l'art infirmier en Belgique.

§ 2. Le personnel infirmier faisant partie d'une équipe agréée doit, en outre, suivre chaque année des cours de perfectionnement pendant huit heures au minimum.

§ 3. Outre la délivrance des soins infirmiers, le personnel faisant partie d'une équipe agréée s'intéressera aussi aux conditions familiales et sociales ainsi qu'à la prévention et l'éducation sanitaire, conformément aux prescriptions usuelles de la déontologie professionnelle.

Art. 4. § 1^{er}. L'équipe agréée désigne un responsable de contact et communique une adresse de correspondance au Ministre communautaire de la Santé publique.

§ 2. A l'appui de l'exécution des conditions d'agrément visées aux articles 1^{er}, 2 et 3 au titre de l'année précédente, l'équipe agréée soumet chaque année avant le 31 mars un rapport au Ministre communautaire de la Santé publique.

Le Ministre communautaire chargé de la Santé publique peut arrêter les modalités en la matière.

Art. 5. § 1^{er}. Une équipe est agréée pour une période de quatre ans au maximum. L'agrément est renouvelable.

§ 2. Lorsque l'équipe agréée ne remplit plus une ou plusieurs conditions prévues aux articles 1^{er}, 2, 3 et 4, le Ministre communautaire chargé de la Santé publique peut retirer l'agrément visé à l'article 1^{er}, § 1^{er}.

CHAPITRE II. — Initiatives de coopération en matière de soins à domicile

Art. 6. Des initiatives de coopération en matière de soins à domicile peuvent être agréées et subventionnées dans une région à déterminer qui compte au moins 25 000 habitants.

Art. 7. § 1^{er}. Une initiative de coopération peut être agréée s'il existe une convention écrite entre des équipes agréées de soins à domicile de la région et un ou plusieurs représentants de groupes de médecins généralistes ou de services de garde, de services agréés d'aide familiale et d'aide aux personnes âgées et de centres agréés d'aide sociale représentatifs pour la région.

Par ailleurs, au moins trois autres délégués représentatifs pour la région d'associations professionnelles dans le domaine médical ou paramédical ou d'instances délivrant des soins ou de l'aide doivent souscrire la convention. On entend par là, dans la mesure où ils exercent leur métier dans la région, des kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pharmaciens, orthopédistes, bandagistes, pédicures, logopédistes, sages-femmes, consultations pour le jeune enfant, services de prêt de matériel, services de distribution de repas, services de dépannage, centres de santé mentale. Pour pouvoir être agréées, les équipes, organisations ou personnes faisant partie de l'initiative de coopération doivent exercer leur activité principale dans la région.

Il y a également lieu de poursuivre une coopération structurée avec les C.P.A.S. L'initiative de coopération invite, si elles existent dans la région, les organisations de volontaires et prestataires de soins à domicile à prêter leur concours à la coopération.

L'initiative de coopération conclut, si possible, des conventions avec des hôpitaux, maisons de repos et de soins, maisons de repos ou d'autres structures d'accueil résidentielles ou semi-résidentielles.

L'initiative de coopération invite tous les services ou organisations œuvrant activement dans le domaine des soins à domicile dans la région à adhérer à la coopération et elle doit admettre tout ceux qui en expriment le désir.

Afin de garantir la représentativité de l'initiative de coopération, au moins un dixième des prestataires de soins et d'aide présents dans la région par discipline, prévus au premier alinéa, doit être admis.

§ 2. L'initiative de coopération s'efforce d'atteindre un consensus dans la prise de décisions. Le consensus est obligatoire pour l'organisation de la délivrance des soins. En cas de vote, il sera tenu compte de l'intérêt de chaque partenaire, sur base du nombre de prestataires de soins ou d'aide affiliés dans la région.

§ 3. La convention écrite prévue au § 1^{er}, contient au moins les éléments suivants relatifs à l'initiative de coopération :

- 1° les objectifs, compte tenu des missions à accomplir en vertu des articles 9 et 10;
- 2° la forme juridique et, le cas échéant, la création, la composition, les missions, le fonctionnement et le mode de prise de décisions du conseil d'administration;
- 3° le siège administratif;
- 4° la description du ressort de l'initiative de coopération ainsi que le nombre d'habitants;

- 5° les partenaires qui font partie de l'initiative de coopération;
- 6° la répartition des tâches et le mode de désignation et d'engagement des responsables chargés de la médiation des soins et du soutien au bénéfice des patients, visés à l'article 10;
- 7° les arrangements financiers portant sur l'affectation des subventions visées à l'article 15 et, le cas échéant, d'autres moyens apportés par les partenaires pour l'organisation d'activités communes;
- 8° le mode de prise de décision en cas d'absence de consensus;
- 9° le règlement d'éventuels litiges entre les partenaires;
- 10° la durée de la convention, les modalités de résiliation et d'admission des partenaires.

Art. 8. En vue de son agrément, l'initiative de coopération doit également accomplir les missions suivantes :

- 1° faire fonction de forum de consultation;
- 2° assurer le soutien et la coordination des soins et de l'aide fournis aux patients.

Art. 9. En sa qualité de forum de consultation, l'initiative de coopération doit :

- 1° propager et encourager activement les soins à domicile;
- 2° renseigner activement les patients et les prestataires de soins à domiciles sur toute information utile;
- 3° conclure des arrangements dans la région au sujet des missions, entre tous les membres associés à l'initiative de coopération et les autres personnes ou organisations intéressées qui œuvrent dans le domaine des soins à domicile;
- 4° mettre sur pied des initiatives ou projets communs pour favoriser la qualité des soins à domicile, pour assister les prestataires de soins et pour promouvoir la santé;
- 5° stimuler et soutenir le volontariat;
- 6° participer à ou organiser des activités de formation notamment en matière de coopération interdisciplinaire.

L'initiative de coopération doit, en sa qualité de forum de consultation, se réunir au moins trois fois par an.

Art. 10. La mission de soutien et de coordination de la délivrance des soins et de l'aide au patient sera organisée de la manière suivante.

1° Pour réaliser la mission de soutien et de coordination, chaque initiative de coopération désigne ou engage un ou plusieurs responsables pour la médiation en matière de soins, ci-après dénommé médiateur de soins.

Chaque partenaire de l'initiative de coopération ayant souscrit la convention visée à l'article 7, peut proposer à l'initiative de coopération un responsable pour la médiation en matière de soins. Le médiateur de soins est au moins porteur d'un diplôme de l'enseignement supérieur hors université de type court.

Le médiateur de soins informe en premier lieu le patient et les prestataires de soins à domicile (membres de la famille), qui le demandent, sur les structures, les moyens et les allocations existants et les renvoie, le cas échéant, en fonction de la nature des besoins, aux services ou disciplines compétents. Il respectera et veillera toujours aux intérêts du patient et des prestations de soins à domicile. Le médiateur de soins établit un plan de soins destiné aux personnes susceptibles de bénéficier du soutien et de la coordination, telles que prévues au 5° du présent article, après une visite sur place et après concertation avec le patient intéressé, les prestataires de soins à domicile, les professionnels et d'éventuels volontaires.

2° L'initiative de coopération communique les modalités et les dates de consultation des médiateurs de soins. La liberté de choix du patient est respectée lors de la désignation d'un médiateur de soins.

3° Le plan de soins mentionné sous 1°, dernier alinéa, contient un système adéquat d'arrangements et prévoit une délivrance de soins et d'aide appropriée afin de favoriser au maximum l'autonomie du patient et le soutien des prestataires de soins à domicile.

Le plan de soins contient au moins l'information suivante :

- a) l'identification du patient, notamment le nom, l'adresse, le numéro de téléphone, la date de naissance, le sexe, la mutualité;
- b) l'identification du médiateur de soins, notamment son nom, adresse, adresse de contact et numéro de téléphone;
- c) la date d'établissement du plan de soins avec mention, soit qu'il s'agit d'une admission ou d'une évaluation trimestrielle. Dans ce dernier cas l'on mentionne la date du premier plan;
- d) l'identification des prestataires de soins et d'aide associés au plan de soins, notamment le nom, l'adresse, la discipline ou le service, l'adresse de contact et le numéro de téléphone;
- e) une description schématique des missions à accomplir par les différents prestataires de soins et d'aide, des membres de la famille et des parents et d'éventuels volontaires. Ces missions concernent notamment les soins hygiéniques, la mobilité, l'application de prescriptions médicales, des missions sociales, la surveillance, l'aide ménagère en indiquant qui effectue quelle mission à quelle date;
- f) des communications aux prestataires de soins et d'aide, aux membres de la famille et des parents et d'éventuels volontaires.

Le médiateur de soins communique l'information visée sous 3° a) à d) inclus à l'initiative de coopération agréée dans le cadre du régime d'agrément et de subventionnement en matière de soins à domicile.

L'inspection du Ministère de la Communauté flamande, Administration de la Santé, peut réclamer les plans de soins dans le cadre du régime d'agrément et de subventionnement en matière de soins à domicile.

4° Le plan de soins requiert au moins une coopération entre un médecin de famille, un infirmier et un assistant social. Au plan de soins sont associés au moins quatre personnes dont un prestataire de soins à domicile non professionnel. Le plan de soins est signé et daté par les intéressés comme un engagement d'accomplir les missions qui leur sont dévolues par le plan de soins. Il est conservé par le patient.

Le médiateur de soins évalue et ajuste au moins chaque trimestre le plan de soins. Il est mis fin au plan à la demande du patient ou des prestataires de soins à domicile ou si le patient n'a plus droit au soutien et à la coordination, conformément aux dispositions du point 5° du présent article.

Après un intervalle de six mois, le renouvellement de la demande portant sur un plan de soins peut être admis aux subventions.

5° Seuls le soutien et la coordination des soins et de l'aide fournis aux personnes qualifiées comme nécessitant des soins graves sur base de l'échelle de scores telle que prévue en annexe 1 du présent arrêté, sont admis aux subventions telle que visées à l'article 15, § 4.

Sont considérées comme nécessitant des soins graves, les personnes obtenant un score égal ou supérieur à sept. Si en cas de score inférieur, des indications graves justifient le soutien et la coordination des soins à domicile, la personne intéressée peut être admise à un plan de soins subventionnable.

Le score est fixé par un médiateur de soins de l'initiative de coopération en concertation avec les personnes associées au plan de soins et, le cas échéant, avec le responsable de l'établissement qui a renvoyé récemment le patient ou le renverra à l'avenir.

Le score est évalué au moins chaque trimestre.

Le médiateur de soins conserve la fiche portant mention du score des besoins en soins et en aide.

Art. 11. § 1^{er}. Lors de la demande d'agrément d'une initiative de coopération, il est communiqué au Ministre communautaire chargé de la Santé publique quelle région sera visée, quels partenaires feront partie de l'initiative et de quelle manière les missions citées aux articles 9 et 10 seront accomplies. Une note motivée sera jointe au cas où certains organisations, services ou groupes professionnels ne seraient pas admis à l'initiative de coopération. A la demande sera jointe la convention visée à l'article 7 ainsi que l'adresse de correspondance et le numéro de compte bancaire sur lequel les subventions citées à l'article 15 peuvent être versées.

§ 2. Les initiatives de coopération agréées transmettent annuellement, avant le 31 mars, un rapport d'activité établissant qu'elles ont accompli les missions imposées par les articles 9 et 10 au cours de l'année précédente.

Le Ministre communautaire compétent peut fixer des règles complémentaires au sujet du rapport d'activité précité.

§ 3. L'initiative de coopération transmet également avant le 31 mars un rapport financier au Ministre communautaire de la Santé publique. Ce rapport doit être approuvé par les partenaires concernés de l'initiative de coopération et justifie l'affectation des subventions citées à l'article 15.

Le Ministre communautaire de la Santé publique peut fixer des règles complémentaires au sujet de ce rapport financier.

§ 4. L'initiative de coopération communique au Ministre communautaire de la Santé publique le nom d'un responsable de contact et l'adresse de correspondance de l'initiative de coopération.

§ 5. L'initiative de coopération communique sans délai au Ministre communautaire de la Santé publique, toute modification de la convention écrite visée à l'article 7.

Art. 12. § 1^{er}. L'agrément de l'initiative de coopération est valable pour une période de quatre ans au maximum et est renouvelable.

Si l'initiative de coopération ne satisfait plus à une ou plusieurs des conditions prévues par les articles 6, 7, 8, 9, 10 et 11, le Ministre communautaire chargé de la Santé publique peut retirer à tout moment l'agrément visé à l'article 6.

CHAPITRE III. — Conseil supérieur des Soins à domicile

Art. 13. § 1^{er}. Il est créé un Conseil supérieur des Soins à domicile qui est composé des membres effectifs suivants :

- 1^o 6 représentants des organisations et des fédérations professionnelles d'infirmiers représentatives;
- 2^o 3 représentants de médecins de famille sur la proposition du « Vlaams Huisartsenforum »;
- 3^o 1 représentant d'une fédération professionnelle représentative de pharmaciens;
- 4^o 1 représentant d'une fédération professionnelle représentative de kinésithérapeutes;
- 5^o 1 représentant d'une fédération professionnelle représentative d'ergothérapeutes;
- 6^o 1 représentant d'une fédération professionnelle représentative de sages-femmes;
- 7^o 6 représentants d'organisations représentatives d'aide aux familles et aux personnes âgées;
- 8^o 3 représentants d'organisations représentatives d'assistants sociaux;
- 9^o 3 représentants d'organisations de patients, de prestataires de soins à domicile et de volontaires;
- 10^o 3 représentants d'organisations représentatives d'établissements intra-muros;
- 11^o 3 représentants de mutualités;
- 12^o 2 représentants de l'organisme « Enfance et Famille »;
- 13^o 3 représentants de l'Association des Villes et Communes belges.

Il est désigné un suppléant pour chaque membre effectif. Le Conseil supérieur peut être complété par des experts ayant voix consultative.

Le Ministre communautaire de la Famille et de l'Aide sociale et le Ministre communautaire de la Santé publique désignent, chacun en ce qui le concerne, un représentant comme observateur.

§ 2. Le Président et les membres sont nommés pour quatre ans par l'Exécutif flamand. Le mandat est renouvelable une fois. En cas de démission, la personne concernée est remplacée par un suppléant pour le restant de son mandat.

§ 3. Le Conseil supérieur peut, soit à la demande de l'Exécutif, soit de sa propre initiative, rédiger des notes ou formuler des avis, notamment au sujet de l'encouragement des soins à domicile, l'impact des évolutions récentes dans le domaine médico-technique ainsi que des décisions politiques récentes sur les soins à domicile, les besoins des régions, le fonctionnement des équipes d'infirmiers et des initiatives de coopération en général agréées, le fonctionnement d'initiatives nouvelles ou alternatives qui s'adressent à un groupe cible particulier ou prônent une approche spécifique permettant ou encourageant les soins à domicile.

§ 4. Le Conseil supérieur se réunit au moins deux fois par an. Il établit un règlement intérieur et le soumet pour approbation au Ministre communautaire respectivement chargé de la Santé publique ainsi que de la Famille et de l'Aide sociale. Les Ministres communautaires compétents désignent le fonctionnaire du Ministère de la Communauté flamande qui assurera le secrétariat du Conseil supérieur.

CHAPITRE IV. — Subventions

Art. 14. § 1^{er}. Le Ministre communautaire chargé de la Santé publique peut allouer, dans les limites des moyens budgétaires, des subventions aux initiatives de coopération agréées.

§ 2. Le Ministre communautaire de la Santé publique imposera, dans les limites des moyens budgétaires, une programmation relative au nombre d'initiatives de coopération à agréer et à subventionner ainsi qu'au nombre de plans de soins subventionnables.

C. Contexte social

a. personne valide disponible - logement 0° 01 02 =
 b. personne non valide ou (sous le
 personne valide non dis- même toit)
 ponible
 c. isolé

a. intensif, fréquent, - aide mutuelle 0° 01 02 =
 maximum spontanée
 b. partiel, régulièrement, (pas sous le
 parfois même toit)
 c. seul, minimum, sporadique

D. Confort

a. salle de bains équipée - équipement 0° 01 02 =
 b. eau chaude courante(cuisine) sanitaire
 c. eau chaude non courante.

Sous-total
 C + D
 Score global

Autres facteurs justifiant le soutien et la coordination des soins à domicile :

Signatures

a) En cas d'un dossier de patient :

médecin traitant

infirmier

b) En cas d'un plan de soins :

médiateur de soins

médecin traitant

infirmier

assistant social

Vu pour être annexé à l'arrêté de l'Exécutif flamand portant coordination et soutien des soins à domicile.

Bruxelles, le 21 décembre 1990.

Le Président de l'Exécutif flamand,

G. GEENS

Le Ministre communautaire de l'Aide sociale et de la Famille,

J. LENSENS

Le Ministre communautaire de la Santé publique et des Affaires bruxelloises,

H. WECKX

N. 91 — 727

23 JANUARI 1991. — Besluit van de Vlaamse Executieve
 houdende vaststelling van de personeelsformatie van de Vlaamse Maatschappij voor Watervoorziening

De Vlaamse Executieve,

Gelet op de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, gewijzigd bij de wet van 8 augustus 1988 inzonderheid op artikel 6, § 1, V;

Gelet op de wet van 16 maart 1954, betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut, inzonderheid op artikel 11, gewijzigd bij het koninklijk besluit nr. 4 van 18 april 1987;

Gelet op het decreet van 28 juni 1983 houdende oprichting van de Vlaamse Maatschappij voor Watervoorziening;

Gelet op het met redenen omkleed advies van het Hoog Overlegcomité Vlaamse Gemeenschap en Vlaams Gewest uitgebracht op 20 december 1990;

Gelet op het akkoord van de Gemeenschapsminister van Binnenlandse Aangelegenheden en Openbaar Ambt, gegeven op 30 juli 1990;

Gelet op het akkoord van de Gemeenschapsminister van Financiën en Begroting gegeven op 3 oktober 1990;

Op de voordracht van de Gemeenschapsminister van Leefmilieu, Natuurbehoud en Landinrichting;